Lane Medical Library
1934

Über odontogene Infektion des Spatium parapharyngeale

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Würde eines Doktors
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Waldemar Bätz
Zahnarzt aus Biederitz

Referent: Professor Dr. Völker

Korreferent: Professor Dr. Heinroth

Druck von August Hopfer, Burg b. M.

Uber odontogene Infektion des Spatium parapharyngeale

Es ist eine Forderung bei der Erkrankung an Rheumatismus, in allen Fällen auf die Tonsillen zu achten. Man erstreckt die Anamnese besonders auf etwa vorhergegangene Tonsillitiden. In gleicher Weise verlangen wir Zahnärzte: Man achte bei jeder Krankheit auf die gesamten Mundverhältnisse, und diese Forderung ist einwandfrei mit der besonderen Ausnahmestellung des Mundes und der Kiefer in bakterieller, anatomischer und pathologischer Hinsicht begründet. Jeder Arzt kennt die bakterielle Besonderheit der Mundhöhle, er weiß, daß sonst selten vorkommende Ausgänge einer Entzündung im Kieferknochen häufig sind. Wie oft geschieht es, daß septische Prozesse, von kariösen Zähnen ausgehend, auf dem Blut- oder Lymphwege eine allgemeine Sepsis, oder auch metastatisch auftretende Störungen anderer Organe hervorrufen. Ähnlich dürfte es mit Eiterungen sein, die von Zahnwurzelerkrankungen ausgehen und sich auf die Kieferknochen ausdehnen, so zur eitrigen Kieferostitis führend. Über die Häufigkeit der zuletzt angeführten Erkrankung möchte ich eine von Mantel, über 150 Fälle der Heidelberger Klinik veröffentlichte Statistik anführen. Sie besagt, daß in 133 Fällen eine eitrige Ostitis teils auf hämatogenem Wege, teils als odontogene Ostitis auftrat. Nebenbei möchte ich erwähnen, daß sich die letztere häufiger (87) zeigte, gegenüber den hämatogenen Ostitiden (27). Die Eiterung braucht aber durchaus nicht auf die Kiefer beschränkt zu sein, sondern kann sich zum Spatium parapharyngeale hin ausbreiten, in dieses einbrechen und zu schweren Komplikationen führen. Von solchen Fällen dürfte man bisher wenig in der Literatur gehört haben. Es werden im allgemeinen Eiterungen behandelt, die sich in diesem Raum im Anschluß an Tonsillitiden entwickelten. Ich erinnere an Veröffentlichungen von Prof. Dr. Uffenorde. Mir wurde, durch die gütige Vermittlung Prof. Dr. Lotschs, ein Fall zur Verfügung gestellt, bei dem es sich um eine odontogene Infektion des Spatium parapharyngeale handelt. Bevor ich auf den Fall näher eingehe, gebe ich die Krankengeschichte.

R. M., 25jährig, Landwirt. Er hat seit 14 Tagen eine Zahnwurzelentzündung des linken unteren 1. Molaren. Die Extraktion ist angeblich mißlungen. Ein Arzt versucht, durch Stichinzision an der linken Wange, in Höhe des vorletzten Molaren, dem Eiter einen Abfluß zu schaffen. Die Schwellung nahm zu. Es trat Fieber auf, außerdem eine Halsschwellung. Nachdem Meningitissymptome auftreten, wird der Patient in das Kreiskrankenhaus überwiesen.

Befund: Kräftiger, junger Mann, Temp. 36,7. Leichte Benommenheit. Beginnende Nackensteifigkeit. Die Pupillen reagieren prompt auf L. wenig auf C. Die linke Backe ist geschwollen. Infiltration der ganzen linken Halsseite. Am linken Unterkiefer ist in Höhe der Molaren eine alte Stichinzisionswunde zu sehen. Die Zunge ist belegt. Es fließt aus dem Cavum des linken unteren 1. Molaren Eiter. Herz und Lunge sind frei. Die Extremitäten sind passiv frei beweglich. Kernig ist nicht vorhanden. Incontinentia urinae. Liquor: Im Sediment Eiter. Pandy+; Nonne-Apelt+Nissl. 0,035.

10. 4. Sofortige Operation in Pernocton — Äthernarkose (Prof. Dr. Lotsch). Inzision am Vorderrande des linken Kopfnickers. Eingehen in die Tiefe hinter dem Kieferwinkel. Es entleert sich stinkender Eiter. Mit dem Finger kommt man in eine geräumige Abszeßhöhle, das Spatium parapharyngeale links. Die Höhle wird nach Medial von der Gaumenwand, lateral vom Griffelfortsatz und vom Wangenfortsatz, oben von der Schädelbasis begrenzt. — Rohrableitung. Gegen 3 Uhr nachmittags trat erschwerte Atmung auf, außerdem Trachealrasseln und zunehmende Zyanose. — Tracheotomie (unten). Es trat sofortige Besserung des Allgemeinzustandes ein. Die Zyanose verschwand. Um 18 Uhr war die Atmung ruhig, der Puls normal und kein Fieber vorhanden. Nach der Operation war die linke Pupille enger als die rechte. Um 24 Uhr status idem.

11. 4. Um 1 Uhr ist der Puls plötzlich unregelmäßig, es tritt eine leichte Zyanose auf. Keine Verlegung der Luftwege. Aus der Tracheotomiekanüle tritt beim Pressen des Brustkorbes blutiger Schaum. Trotz angewandter Cardiaca exitus letalis.

Ich halte es für wesentlich, anschließend einen Überblick über die Anatomie des Spatium parapharyngeale zu geben.

Das Spatium parapharyngeale, ein Bindegewebsraum, wird lateral durch den M. pterygoideus internus mit dem hinteren Rand des Unterkiefers und durch die tiefe Fascia parotidea begrenzt. Der Abschluß nach hinten wird durch die vordere Fläche des seitlichen Atlas mit der Fascia prävertebralis gebildet, während die seitliche Pharynxwand, Fascia pharyngea und M. constrictor phar. sup. einen Abschluß gegen den Mund hin schaffen. Nach oben reicht der Raum bis zur

Schädelbasis und erhält durch den Canalis caroticus und das Foramen jugulare Zutritt zur Schädelhöhle. Nach unten erstreckt sich das Spatium entlang den Gefäßen bis zum Mediastinum. „In dem Spalt finden wir die stärkste Anhäufung von Nerven und Gefäßen, die im menschlichen Körper auf einen so engen Raum verteilt liegen." (Sobotta.) Das Spatium parapharyngeale ist in sich durch den Proz. styloideus und seine drei Muskeln in zwei Räume geschieden, nämlich in einen vorderen und einen hinteren. In dem hinteren Raum, der also an die Parotisloge grenzt, liegt der größte Teil der Gefäße und Nerven. So verlaufen hier die Art. carotis int., V. jugulans int. die Nr. IX, X, XII und der Nervus spinosus. Außerdem liegt hier das Ganglion cervicale sup. Die einzelnen Nerven und Gefäße sind voneinander durch Bindegewebslagen getrennt. Ich möchte auf die Abbildungen vom Spatium parapharyngeale von Corning und Bulatnikow hinweisen.

Erscheinungen im Spatium parapharyngeale können ihren Ausgang durchaus von Zahnerkrankungen aus nehmen. Bakterien finden ihren Weg entweder durch die Wurzelkanäle, unter Vernichtung der Pulpa, oder marginal, durch vorhandene Zahnfleischtaschen begünstigt. Die Fälle, bei denen die Infektion durch die Wurzelkanäle fortschreitet, scheinen die häufigeren zu sein. Es handelt sich dabei um Mischinfektionen von Streptokokken und Staphylokokken. Ist das Cavum eines Zahnes bereits eröffnet, so gelangen Bakterien zusammen mit Speisebrei in die Wurzelkanäle. Hochvirulente Bakterien werden in kurzer Zeit zum Gewebstod der Pulpa führen. Sollte in diesem Augenblick noch keine Behandlung einsetzen, so dringen die Bakterien durch das Foramen apicale und infizieren das Periodontium. Die Infektion ist nicht nur auf das Periodontium beschränkt, sondern untrennbar gehört der Alveolarknochen dazu. Der Eiter steht in der Alveole unter hohem Druck, wird in die Markräume des Alveolarfortsatzes gepreßt und schließlich unter das äußere Kieferperiost. Ist die Infektion einmal soweit fortgeschritten, so bleibt es nicht aus, daß sich die nächstgelegenen Lymphdrüsen beteiligen. Ein Ödem der entsprechenden Gesichtsweichteile vervollständigt das Bild. Ein solches Krankheitsbild deckt sich natürlich nicht mehr mit der Bezeichnung Periodontitis. Es sind vielmehr die Erscheinungen des Alveolarabszesses, der in den Subperiostalenabszeß überging und zur Periostitis alveolaris purulenta wurde.

Der weitere Verlauf variiert. Er ergibt sich zum Teil aus der Lage der Zähne. Im Oberkiefer kommt es bei Molarenwurzeln zur Fortleitung der Eiterung ins Antrum Maxillare, im Unterkiefer dehnt sich der Prozeß nach dem Mundboden zu aus. Es kann zur Abszeß-

bildung kommen oder es entsteht eine Phlegmone. Ich möchte den Begriff der Phlegmone nach Dietrich klären. Er versteht darunter eine Durchsetzung des Gewebes mit Lockerung des Gewebsverbandes bis zur straßenförmigen Einschmelzung, vor allem des lockeren Bindegewebes. Die Eiterung dringt also in Richtung des geringsten Gewebswiderstandes vor, in das Gewebe, das sich um den M. mylohyoideus herum befindet. Liegt die Eiterung über dem M. mylohyoideus, so tritt die Halsschwellung zurück, die Zunge ist gehoben. Die äußere Schwellung ist dagegen ausgeprägt, wenn sich der Prozeß unterhalb dieses Muskels abspielt. Der Zungengrund ist regelmäßig geschwollen und kann ein Glottisödem hervorrufen. Dieses Ödem gibt den Anlaß zur Tracheotomie. Es tritt häufig eine Kieferklemme hinzu, die die Untersuchung erschwert.

Mit diesen Erscheinungen ist der Prozeß durchaus nicht beendet. Der Eiter breitet sich immer weiter aus und durchdringt Faszien, die ihm den Weg versperren. Er erreicht so die Gefäßscheide und damit den unteren Teil des Spatium parapharyngeale. Wie schon in der Anatomie des Spatium parapharyngeale erwähnt, stehen der Ausbreitung zwei Wege offen, nämlich dem Mediastinum zu, oder aber kranialwärts. Ob der eine oder andere Weg häufiger eingeschlagen wird, darüber kann ich mir leider kein Urteil erlauben; denn es fehlen mir die entsprechende Anzahl Fälle. Nach der Meinung Uffenordes tritt dem Mediastinum zu eine Abriegelung durch die sich verjüngende und zu proliferativen Vorgängen und Verklebungen geeignete Gefäßscheide ein. Eiterungen im Spatium parapharyngeale, die im Anschluß an Peritonsillarabszesse auftraten, bestätigen dies; denn in 10 Fällen, die ich vorfand, traten Erscheinungen kranialwärts auf. Sollte also dieser letztere Weg eingeschlagen werden, so haben wir das Bild einer aszendierenden Phlegmone vor uns. Es treten die gleichen Erscheinungen auf, die sich im Anschluß an eine Periotonsillitis ergeben. Der Eiter steigt an den Gefäßen entlang empor. Diese können selbst in Mitleidenschaft gezogen werden. Nach Fällen von Uffenorde kommt es zur Jugularisthrombose und schließlich zur metastasierenden Pyämie, oder aber zur Karotisarrosion. Eine weitere Komplikation tritt ein, wenn sich die Eiterung der Parotisloge mitteilt und den Gehörgang in Mitleidenschaft zieht, doch brauchen diese Erscheinungen durchaus nicht aufzutreten. Dem Eiter stellt sich hier kaum ein Hindernis entgegen. Der Prozeß breitet sich mehr und mehr kranialwärts aus und dringt durch den Canalis caroticus und das Foramen jugulare in die Schädelhöhle ein. Es kommt zur Meningitis. Als äußere Symptome zeigen sich die Nackenstarre, der Opisthotonus und das Kernigsche

Phänomen. Die Untersuchung des Liquors vervollständigt das Bild. Er ist oft rein eitrig. Ist der Prozeß einmal soweit gediehen, so dürfte der letale Ausgang sicher sein.

Eine odontogene Infektion des Spatium parapharyngeale ist selten anzutreffen. Die Bevölkerung hat sich zum großen Teil daran gewöhnt, mehr Wert als früher auf die Pflege des Gebisses zu legen. Sind aber die Zähne gesund, so ist ähnlichen Prozessen die Basis ihrer Entstehung genommen. Sollte es aber trotzdem zu einer Periodontitis kommen, die sich schließlich bis zur Periostitis alveolaris purulenta weiterentwickelt, so dürfte mit der Extraktion des Zahnes und sachgemäßen Behandlung der Wunde, der Prozeß beendet sein. Schwieriger wird es, wenn es bereits zur Phlegmone gekommen ist. Das Krankheitsbild ist bedeutend schwerer. Ja, man muß sich schließlich fragen: „Ist es für den Zahnarzt überhaupt noch zulässig, und kann er es verantworten, solche Patienten weiter zu behandeln!" Entscheidend dürfte bei dieser Frage folgendes sein: „Liegt die Schwellung über oder unter dem Kieferrand." Ist ersteres der Fall, so ist der Zahnarzt durchaus noch zuständig. Es dürfte nicht schwierig sein, den Prozeß durch intraorales Inzidieren nach Kantorowicz zum Abklingen zu bringen. Befindet sich die Schwellung dagegen unter dem Kieferrand, so daß dieser nicht tastbar ist, so sollte der Patient sofort überwiesen werden, um sich einer chirurgischen Behandlung zu unterziehen. Ist die Phlegmone bereits ins Spatium eingedrungen, so wird man nicht lange mit dem chirurgischen Eingriff warten. Es ist verständlich, daß ein Abfluß für den Eiter geschaffen werden muß, ähnlich wie Uffenorde es vorschlägt, und es Lotsch ebenfalls ausgeführt hat. Inzision am Vorderrande des Kopfnickers. Man dringt an der Gefäßscheide entlang nach oben stumpf, am besten mit dem Finger, vor. Ein Gummidrain wird möglichst an der tiefsten Stelle angelegt, so daß für dauernden Abfluß gesorgt ist. Ist es bereits zur Meningitis gekommen, so ist die Prognose durchaus ungünstig. Bei Fällen dieser Art, dürfte man stets mit dem letalen Ausgang zu rechnen haben.

Zur Nomenklatur möchte ich noch folgendes bemerken. Ich bin bewußt davon abgegangen, die übliche Bezeichnung Parulis in meinen Ausführungen zu wählen. Ich habe diese nichtssagende Bezeichnung durch Periostitis alveolaris purulenta ersetzt.

Literatur

K. Claus: 28 Fälle von Pyämie nach Angina. Zeitschrift f. HalsNasOhr 1928 S. 114.

R. Waldapfel: Postanginöse Pyämie. Zeitschrift f. HalsNasOhr 1929 S. 178.

S. Burchardt: Ein Beitrag zur Pathogenese d. postang. Sepsis. Zeitschrift f. HalsNasOhr 1929 S. 97.

W. Edel: Über Verbreitung von Eiterungen im Spatium parapharyngeale nach Peritonsillitis. Zeitschrift f. HalsNasOhr 1924 S. 494.

Joh. Zange: Postanginöse Pyämie. Zeitschrift f. HalsNasOhr 1927 S. 141.

W. Uffenorde: Die Verwicklungen der akuten Halsentzündungen.

Ernst Seifert: Chirurgie d. Kopfes u. d. Halses.

Georg Perthes, Ed. Borchers: Verletzungen u. Krankheiten der Kiefer.

E. Precht: Totalnekrose des Unterkiefers. Vierteljahrschr. f. Zahnheilk. Jg. 40 H. 4 S. 394—402, 1924.

Astériadès: Des inféctions graves d'origine dentaire. Phlegmon de Ludwig Phlegmons profonds temporosons massétériens. Abcès de l'orbite. Thrombophlébite septique des sinus caverneux. Journ. de chirurg. Bd. 24 Nr. 3 S. 276—283, 1924.

Arsenio Pilidoro: Su di una non comune diffusione di una racolta purulenta di origine dentaria. Policlinico sez. prat. Jg. 32 H. 7 S. 238—239, 1925.

Jeuso Kivimäki: Über akute Entzündungen des Mundbodens. Duodecim (Helsingfors) 48 S. 181—197, 1932.

Ich möchte nicht versäumen, auch an dieser Stelle Herrn Professor Dr. Völker und Herrn Professor Dr. Lotsch dafür zu danken, daß sie mir in so freundlicher Weise Material für die Arbeit zur Verfügung stellten.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154005_0499

Lebenslauf

Ich, Waldemar Bätz, wurde am 13. Dezember 1909 in Geestemünde geboren. Ich besuchte das Reformrealgymnasium in Burg, und legte hier im Februar 1930 die Reifeprüfung ab. In Marburg begann ich das Studium der Zahnheilkunde. Im Oktober 1932 bestand ich dort das Physikum. Anschließend ließ ich mich in Halle immatrikulieren und schloß mein Studium im Februar 1934 mit dem Staatsexamen ab.